

# LA HISTORIA MÉDICA Y EL FORMULARIO DEL PERMISO DE LOS PADRES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Reacciones alérgicas conocidas (picada de abeja, plantas, penicilina, etc.) \_\_\_\_\_

Historia de enfermedad crónica \_\_\_\_\_

Medicamentos para tomar durante la semana en el campo (todos medicamentos necesitan etiqueta y tendrán que ser administrados por un adulto; a no ser que se arregle de otra manera de antemano) \_\_\_\_\_

¿Le da Ud. A los empleos del Mendocino Woodlands el permiso para administrar aspirina o Tylenol a su hijo si es necesario? Aspirina  sí  no Tylenol  sí  no

¿Ha estado expuesto su hijo a alguna enfermedad contagiosa recientemente?  sí  no ¿Pero sí, qué?

La fecha de la vacunación más reciente para el tétano \_\_\_\_\_

Historia de su hijo: sonambulismo  sí  no orinar en la cama  sí  no náusea del coche  sí  no

¿Ha estado su hijo alguna vez lejos de casa por más de 2 días?  sí  no

Nombre de su compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de su póliza \_\_\_\_\_

Fecha de expiración \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, soy el encargado legal de \_\_\_\_\_

y doy mi permiso para que él/ella esista a La Escuela al aire libre Residente de Ciencias de Mendocino Woodlands. En adición, autorizo que los empleados el Mendocino Woodlands puedan llevar a mi hijo al hospital para atención médica en caso de emergencia. Entiendo que me notificarán inmediatamente si tal atención es necesaria.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono en emergencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo y el intermediario: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Mendocino Woodlands  
Camp Association  
707-937-5755